

こうち子育て家庭応援事業 協賛事業所参加申込書

年 月 日

高知県知事 様

郵便番号
住 所

氏 名

〔 法人のときは、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名 〕

電話番号
FAX 番号

こうち子育て家庭応援事業の事業の趣旨に賛同し、協賛事業所としての参加を申し込みます。

ジャンル (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 買う <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 遊ぶ <input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 習う <input type="checkbox"/> その他			
サービス内容 (複数選択可)	サ① お 得 ス な <input type="checkbox"/> 代金の割引やポイントの割増 <input type="checkbox"/> その他 (子ども連れに <input type="checkbox"/> 限る <input type="checkbox"/> 限らない)	サ② 優 ビ シ ス い <input type="checkbox"/> プレゼントや飲物の提供 <input type="checkbox"/> 授乳用スペース有り <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 粉ミルクのお湯の提供 <input type="checkbox"/> オムツ替えスペースの提供 <input type="checkbox"/> ベビーキープ設置トイレ有 <input type="checkbox"/> その他	
店舗・施設情報	名 称	(ふりがな)		
	所在地	(ふりがな) 〒		
	電話番号		定休日	
	営業時間	:	~	:
	HPアドレス		メールアドレス	
	交通アクセス			
	駐車場の有無 (台数)	有 (台) ・ 無		
	子育て家庭への優待サービス内容	(複数可、箇条書きでお願いします。)		
	店舗・施設の概要、PR	(100字以内でお願いします。)		
	優待券の提示	要 ・ 不要		
PR写真の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無 ※ 写真は1枚に限ります。郵送又はEメールでお送りください (お送りいただいた写真は返却いたしません)			
連絡先	担当者名		担当者 電話番号	
	担当者FAX番号		担当者 メールアドレス	

※ 内の店舗・施設情報は県のホームページ等で公開する項目です。
 ※ 複数の店舗・施設を申し込む場合は、事業所毎に参加申込書を提出してください。
 ※ 郵送、FAX、Eメール等でお申し込みください。